

N
ボックス

六訂 公衆衛生学〔第2版〕

編著

後藤政幸・田口良子

共著

中村信也・清水 良・清原康介・辻美智子・戸田雅裕
林原好美・飯坂真司・上野治香・水元 芳

建帛社
KENPAKUSHA

平成14年4月から、従来「複雑又は困難な業務」としか記されていない管理栄養士の業務が、「傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導、並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別な配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者」にあらためられた。そしてこれをもとに管理栄養士、栄養士養成施設のカリキュラムの改正及び管理栄養士国家試験出題基準が定められた。新カリキュラムによると従来、公衆衛生学として授業されていた項目がなくなり、管理栄養士養成施設では、『社会・環境（人間や生活）と健康』、栄養士養成施設では『社会生活と健康』となった。

すなわち『社会・環境と健康』では教育目標が「人間や生活についての理解を深めるとともに、社会や環境が人間の健康をどう規定し左右するか、あるいは、人間の健康を保持増進するための社会や環境はどうあるべきか等社会や環境と健康の関わりについて理解する。」とあり、①人間や生活を生態系に位置付けて理解する。②人間の行動特性とその基本的メカニズムを理解する。③社会や環境と健康との関係を理解するとともに、社会や環境の変化が健康に与える影響を理解する。④健康の概念、健康増進や疾病予防の考え方やその取り組みについて理解する。⑤健康情報の利用方法、情報管理や情報処理について理解する。⑥保健・医療・福祉・介護システムの概要を理解する。となっている。

また『社会生活と健康』では「社会や環境と健康との関係を理解するとともに、保健・医療・福祉・介護システムの概要について修得する。公衆衛生学、社会福祉概論を含むものとする。」となっている。

しかし管理栄養士国家試験出題基準をみると、健康の定義から始まって、その内容は従来の公衆衛生学とあまり変わっていない。ただ順番が違っていたり、内容に若干のズレがあったりしている。

従って本書は従来の体系は維持しながらも、できるだけ忠実に管理栄養士国家試験出題基準に沿うように心がけた。

新しい管理栄養士養成施設のカリキュラムが始まって平成18年第

1回目の卒業生を迎え、国家試験も従来とは異なったものが出題された。その合格者は同年5月に発表されたが、合格した者、不合格だった者、それぞれ悲喜こもごもである。また昨年から養成校別に合格者数、合格率が発表されたので、学校にとっても同じである。こうした状況が来年以降も続くであろう。我々は希望者が全員、試験に合格できることを祈るとともに本書が少しでも試験に役立てば幸いである。

平成19年3月

苫米地孝之助

六訂第2版にあたって

本書は、2002（平成14）年に初版を発行し、管理栄養士国家試験出題基準（ガイドライン）の改定や、公衆衛生に関わる指針や法令などの改正に対応すべく版を重ね、2024（令和6）年には六訂版を発行した。出題基準の「社会・環境と健康」領域を十分にかつ簡潔に網羅した内容の書籍であり、おかげさまで、多くの管理栄養士・栄養士養成校にて採用いただいている。編者を代表し、心より感謝を申し上げたい。

この度の六訂第2版の発行に際しては、2024（令和6）年10月に公表された「日本人の食事摂取基準（2025年版）」や、同年11月に公表された「令和5年国民健康・栄養調査結果の概要」への対応等、最新の情報に基づき内容を改めた。また一部著者が交代し、新たな執筆者の専門性と知見を反映させることで内容の更なる充実に努めた。

本書をより良い書籍とするため、今後とも建設的なご意見、ご要望を賜りたく、お願いする次第である。

令和7年3月

編者を代表して 後藤 政幸

第1章

公衆衛生の意義 1

1. 健康の概念	1
1.1 健康の定義	1
1.2 健康づくりと健康管理	2
2. 公衆衛生の概念	3
2.1 公衆衛生と予防医学の歴史	3
2.2 公衆衛生の定義と目的	6
2.3 公衆衛生と予防医学	7
2.4 プライマリーヘルスケアとヘルスプロモーション	8
2.5 公衆衛生活動の進め方	9
2.6 予防医学のアプローチ	10
3. 社会的公正と健康格差の是正	11
3.1 社会的公正の概念	11
3.2 健康格差	12

第2章

環境と健康 13

1. 生態系と人々の生活	13
1.1 生態系と環境の保全	13
1.2 地球規模の環境問題	14
2. 環境汚染と健康影響	18
2.1 環境汚染	18
2.2 公害	25
3. 環境衛生	28
3.1 気候・季節	28
3.2 空気	28
3.3 温熱	29
3.4 放射線	29
3.5 上水道と下水道	31
3.6 廃棄物処理	35
3.7 建築物衛生	37

第3章

保健統計 39

1. 保健統計の概要	39
2. 保健統計調査	39
3. 人口静態統計	41
3.1 人口静態統計（国勢調査）の概要	41
3.2 世界の人口の推移	41
3.3 日本の人口の推移と人口指標	41
3.4 人口ピラミッド	44
4. 人口動態統計	45
4.1 人口動態統計の概要	45
4.2 出生	45
4.3 死亡	45
4.4 死因統計	46
4.5 死産、乳児死亡、周産期死亡、妊産婦死亡	46
4.6 婚姻と離婚	47
5. 生命表と平均余命	48
6. 傷病統計	49
6.1 患者調査と受療行動調査	49
6.2 国民生活基礎調査	50
6.3 その他の傷病統計	50
7. その他の保健統計	51
7.1 国民健康・栄養調査	51
7.2 県民栄養調査	51
7.3 保健統計データベース	52
7.4 学校保健統計調査	52
7.5 食料需給表	53

第4章

健康状態・疾病の測定と評価 54

1. 疫学概念	54
1.1 疫学の定義	54

1. 2	疫学の対象と領域	54
2.	疫学の指標	55
2. 1	疫学の基本指標	55
2. 2	曝露効果の指標	57
3.	疫学の方法	58
3. 1	疫学の研究デザイン	58
3. 2	観察研究	58
3. 3	介入研究	61
4.	バイアス、交絡の制御と因果関係の判定	63
4. 1	疫学研究における誤差	63
4. 2	疫学研究における因果関係	65
5.	スクリーニング	66
5. 1	スクリーニングの目的と適用条件	66
5. 2	スクリーニングの有効性と的中度の指標	67
6.	根拠（エビデンス）に基づいた医療（EBM）および 保健対策（EBPH）	69
6. 1	根拠に基づいた医療 （EBM；Evidence-based medicine）	69
6. 2	システマティックレビューとメタアナリシス	70
6. 3	診療ガイドライン	71
6. 4	根拠に基づいた保健対策	71
7.	疫学研究と倫理	72
7. 1	ヘルシンキ宣言	72
7. 2	人を対象とする・生命科学医学系研究に関する倫理指針	72
7. 3	インフォームドコンセントとオプトアウト	72
7. 4	利益相反	73
7. 5	倫理審査委員会	73
7. 6	臨床研究法	74
	生活習慣の現状と対策	75
1.	生活習慣病	75
1. 1	生活習慣病の概念とその背景	75
1. 2	生活習慣病対策	77
1. 3	栄養・食生活の状況	78
1. 4	栄養・食生活改善のための施策	80
2.	身体活動・運動	82
2. 1	身体活動・運動の現状	82
2. 2	身体活動・運動の健康影響	82
2. 3	身体活動・運動の普及促進のための施策	82
3.	喫煙	85
3. 1	たばこ	85
3. 2	喫煙の現状	86
3. 3	喫煙の健康影響	87
3. 4	禁煙サポート	89
3. 5	喫煙防止	90
3. 6	受動喫煙防止	90
3. 7	たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約	91
4.	飲酒	91
4. 1	飲酒の生体影響	91
4. 2	アルコール関連疾患	92
4. 3	飲酒の現状	93
4. 4	アルコール対策	94
4. 5	国際的なアルコール対策	95
5.	睡眠・休養とストレス	96
5. 1	疲労と休養	96
5. 2	ストレス	96
5. 3	ストレス性疾患の予防対策	96
6.	歯科保健行動	99
6. 1	歯の健康の現状	99
6. 2	う歯および歯周疾患	99
6. 3	歯の健康と食生活	99

第6章

6. 4	歯科保健活動	100
6. 5	歯科保健対策	101
	主要疾患の疫学と予防対策	102
1.	主要部位のがん（悪性新生物）	102
1. 1	悪性新生物の疫学と動向	102
1. 2	政策的がん対策	103
2.	循環器疾患	106
2. 1	高血圧	106
2. 2	脳血管疾患	107
2. 3	心疾患	108
3.	代謝疾患	110
3. 1	肥満	110
3. 2	糖尿病	112
3. 3	脂質異常症	113
4.	骨・関節疾患	114
4. 1	骨粗鬆症	114
4. 2	骨折	115
4. 3	変形性関節症，変形性脊椎症	115
4. 4	ロコモティブシンドローム（運動器症候群）	116
5.	感染症	116
5. 1	感染症法	116
5. 2	感染症発生動向システム	116
5. 3	感染症類型	116
5. 4	危機的感染症に対する特別措置	117
5. 5	主要な感染症	118
5. 6	検疫と予防接種	123
6.	精神疾患	123
6. 1	精神障害者とその現状	123
6. 2	主要な精神疾患	124
6. 3	精神保健対策	125
6. 4	精神保健福祉対策	127
7.	その他の疾患	128
7. 1	CKD（慢性腎臓病）	128
7. 2	呼吸器疾患；COPD（慢性閉塞性肺疾患）	128
7. 3	認知症	129
7. 4	肝臓の疾患	130
7. 5	アレルギー	130
8.	高齢期の疾患・機能障害（低栄養，フレイル）	131
8. 1	高齢期の特徴と老年症候群	131
8. 2	フレイル，サルコペニア	131
8. 3	低栄養，低栄養のスクリーニング	132
9.	自殺，不慮の事故，虐待・暴力	135
9. 1	自殺	135
9. 2	不慮の事故	136
9. 3	虐待・暴力	137

第7章

	保健・医療・福祉・介護の制度	141
1.	社会保障	141
1. 1	社会保障の考え方と歴史	141
1. 2	公衆衛生と社会保障	142
2.	保健・医療・福祉における行政の仕組み	143
2. 1	国の役割と法律	143
2. 2	衛生法規の定義と内容	144
2. 3	地方自治の仕組み；地方自治法	145
2. 4	都道府県の役割	146
2. 5	市町村の役割	146
3.	医療制度	146
3. 1	医療保険制度	147
3. 2	医療施設	148
3. 3	医療従事者	148

3. 4	医療費	149
3. 5	医療法と医療計画	152
3. 6	保険者の役割とデータヘルス計画	153
4.	福祉制度	154
4. 1	社会福祉	154
4. 2	社会福祉施設	155
4. 3	障害者福祉	155
4. 4	障害者福祉施設（障害者福祉サービス）	158
4. 5	在宅ケア，訪問看護	158
4. 6	福祉関係法規	160
5.	地域保健	161
5. 1	地域保健活動の概要	161
5. 2	地域保健法	162
5. 3	保健所と従事者	162
5. 4	市町村保健センターと従事者	163
5. 5	地域における資源と連携	163
5. 6	地域における健康危機管理；自然災害，感染症，食中毒	165
6.	母子保健	166
6. 1	母子保健の概要	166
6. 2	母子保健法	169
6. 3	母子健康手帳	169
6. 4	乳幼児健康診査	170
6. 5	新生児マススクリーニング	171
6. 6	健やか親子21（第2次）	171
6. 7	少子化対策；子ども・子育て支援新制度	172
6. 8	育児指導と児童虐待防止	175
7.	成人保健	176
7. 1	生活習慣病の発症予防と重症化予防	176
7. 2	食事の変遷と生活習慣病	179
7. 3	特定健康診査，特定保健指導とその評価	181
7. 4	高齢者の医療の確保に関する法律	183
8.	高齢者保健・介護	184
8. 1	高齢者の保健・介護	184
8. 2	介護保険法	184
8. 3	介護予防	188
8. 4	要介護認定とケアマネジメント	188
8. 5	地域包括支援センター	195
8. 6	介護保険施設	197
8. 7	地域包括ケアシステム	197
9.	産業保健	199
9. 1	労働と健康	199
9. 2	労働安全衛生法	199
9. 3	労働安全衛生対策	200
9. 4	安全衛生管理体制と産業保健従事者	202
9. 5	職業と健康障害	203
9. 6	メンタルヘルス，過労死対策	207
10.	学校保健	208
10. 1	学校保健の概要	208
10. 2	学校保健統計；身体発育，体力，健康状態	208
10. 3	学校保健安全法	211
10. 4	学校保健安全対策	211
11.	国際保健	219
11. 1	地球規模の健康問題	219
11. 2	国際協力	223
11. 3	国際協力の機関	225
付 録		230
1.	食生活指針	230
2.	公害関係基準表（抜粋）	231
索 引		236

公衆衛生の意義

公衆衛生は、地域住民の健康を保持・増進させるため、それぞれの集団組織によって営まれる組織的な衛生活動である。この章では、まず健康の定義、健康の概念、公衆衛生の概念を理解する。次に具体的な健康づくりや健康管理の内容について、健康の各段階や集団の特性における予防方法の知識を学ぶ。

1. 健康の概念

1.1 健康の定義

人間は誰でも健康でありたいと思っている。健康が阻害されれば仕事、家事、学業などの日常生活に直ちに影響が出てくるからである。つまり人生を快適に過ごすためにはまず健康でなければならない。それでは**健康**とは何か。これについてはWHO(世界保健機関)がその憲章の前文に次のように定義している。

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”

「健康とは肉体的、精神的および社会的に完全に良い状態にあることであり、単に疾病または虚弱ではないということではない」と訳す。

しかも、以下のように続けて述べている。

「及ぶ限り最高の健康水準を享受することは人種、宗教、政治的信条、経済的あるいは社会的状態のいかんを問わず、すべての人間の基本的権利である」

確かにWHOの考え方はまさに健康の理想像ともいえるであろう。しかし、実際問題として肉体的、精神的はもちろん社会的にも完全によい状態を保つことは何人にとっても容易なことではない。WHOの健康の定義は健康の理想像であって、実用的定義ではない。では、実用的な健康の定義とはいかなるものであろうか。

WHOはその後“2000年までにすべての人々に健康を”のスローガンのもと、1978(昭和53)年9月12日カザフスタン共和国の当時の首都で出されたアルマアタ宣言で**プライマリーヘルスケア**の概念を導入した。その中で健康については、以下のように示している。

「健康とは各人の年齢に応じて、かつ環境に内在する経済的条件において到達可能な高度の身体的、精神的並びに社会的安寧である」

つまり、子どもには子どもなりの、高齢者には高齢者なりの健康があり、しかも経

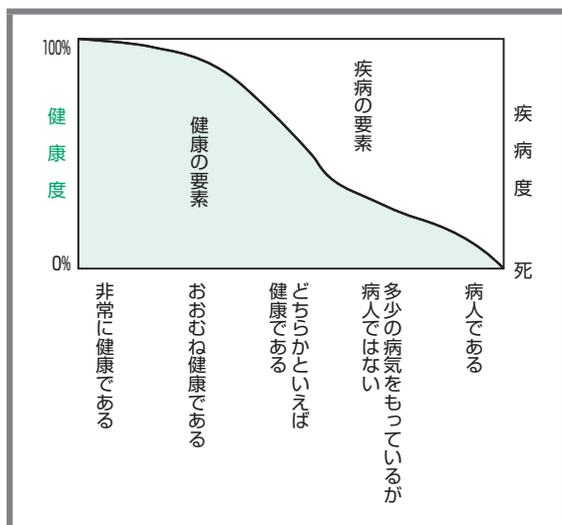


図1-1 健康と疾病の関係

済的に許される範囲内で最高の健康を保つことができればそれでよいとした。

なお、“**安寧 (well-being)**”とは穏やかで平和なことを意味するが、要するに自分自身の**生活の質 (QOL ; quality of life)**がうまく保たれ、生きがいをもって日常生活が送れる状態にあればよいということであろう。

さらにWHOは1986 (昭和61) 年カナダの首都オタワで開催された国際会議において、ヘルスプロモーションが健康のカギであるとする、いわゆるオタワ憲章を採択した。

その中で「健康は生きる目的ではなく毎日の生活の資源である。健康は身体的な能力であると同時に社会的、個人的資源であ

る」と定義している。

一般に健康と疾病との間にはいくつかの段階がある (図1-1)。非常に健康な人、おおむね健康な人 (健康人)、体力が落ちたり、風邪を引きやすいという傾向があるがどちらかといえば健康である人 (半健康人)、多少の病気はもっているが病人には至ってない人 (半病人)、そして病院に入院しているか、自宅で寝たきりになっている人 (病人) などがあり、最後には死に至る過程が存在する。このプロセスは順を追って一方的に進むのではなく、入院していた者が回復して元気になったり、感染症や事故などで一夜にして健康人が病人に変わることもありえる。したがって健康をあまり狭く解釈せず、できるだけ幅広く考えるほうが現実的である。

従って実用的な健康の定義として「健康とは本人がこうしたい、ありたいと思っていることが体調不良のため制限されず、できている状態」といえる。

1.2 健康づくりと健康管理

健康づくりは健康増進という語が当てられるが、疾病予防よりは広い概念といえる。1986 (昭和61) 年、WHOはオタワ宣言でヘルスプロモーションの推進を掲げたが、このときに世界的に健康増進の概念が生じたとみてよい。しかし、日本では、それ以前の1978 (昭和53) 年から10年間毎に「国民健康づくり対策」が実施されていた。その過程と健康管理について述べてみる。

第1次国民健康づくり対策 (1978~1988年)、テーマ「生涯を通じての健康づくり」

重点項目は、健康増進の推進、市町村保健センターの設置、健康づくり三大要素を栄養・運動・休養として推進、食生活指針の発表などであった。

第2次国民健康づくり対策（1989～1999年）、テーマ「アクティブ80ヘルスプラン」

重点項目は運動の推進で、健康運動指導士・健康運動実践指導者の育成、健康増進施設の認定制度開始、健康科学センターの整備推進、運動指針・休養指針発表、成人病の生活習慣病への改称などが実施された。

第3次国民健康づくり対策（2000～2012年）、テーマ「21世紀における国民健康づくり」

重点項目は**健康日本21**の下で、健康増進法の制定、健康づくり五大要素（栄養・運動・休養・禁煙・適正飲酒）の目標数値設定と市町村単位での実行、睡眠指針発表などであった。

第4次国民健康づくり対策（2013～2023年）、テーマ「健康日本21（第二次）」

重点項目は、健康寿命の延伸と健康格差の縮小、生活習慣病（がん、循環器疾患、糖尿病、COPD）の発症と重症化予防、社会生活の維持、社会環境整備、日常生活態度の改善である。

第5次国民健康づくり対策（2024～2035年）、テーマ「健康日本21（第三次）」

基本方針は「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開（Inclusion）とより実効性をもつ取組の推進（Implementation）を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る」である。

2. 公衆衛生の概念

2.1 公衆衛生と予防医学の歴史

（1）世界における公衆衛生と予防医学の歴史

世界の歴史の始まりとともに都市の形成と住民の健康保持政策である衛生学は存在していた。古代のエジプトにおける上下水道施設、バビロニアのハムラビ法典の中での衛生法規、イタリアナポリのポンペイ遺跡による都市の衛生施設などで垣間見ることができる。

中世期になると航海技術やシルクロードなど交流が盛んになり、風土病が飛び火的に世界レベルで流行するようになってきた。14世紀半に中国の元の膨張主義により中東アジアの風土病であった**ペスト**が欧州に飛び火、たちまち欧州はペスト禍に人口激減を招くほどの流行に至った。有効な薬はなく唯一の蔓延対策は隔離であり、流行すると患者は隔離され、都会住民は地方へ避難となった。15世紀にアメリカ大陸に欧州人が到達し、交易が始まると、カリブ海住民に欧州の感染症の**天然痘**、**チフス**、**麻疹**などが大流行した。反対に欧州へは梅毒が持ち込まれかなりの病人が出た。

コラム 公衆衛生学と公衆栄養学

公衆栄養学とは、公衆衛生学の中で特に栄養、食生活の問題をとらえることであり、栄養行政との関連が深い。一般に公衆栄養学の定義としては「人と食との環境に関する諸条件を総合的に調和させながら、地域集団の人々が健全な生活を営むための実践科学」であるとされている。したがってその内容は栄養政策、栄養疫学、栄養マネジメントなどが中心となって構成されている。

近世紀になると、世界的大流行を時折起こしていた天然痘に劇的な予防法が開発された。1798年に英国の**エドワード・ジェンナー**（Edward Jenner）が、人体実験とその成果をまとめて、牛痘の痂皮をヒトに接種する「**種痘**」を発表した。この予防接種の雌牛を起源とする「ワクチン」の語もできたが、牛の病気をヒトに接種するのは汚らわしいということで、学会が論文を受理せず彼が自費出版した経緯がある。そのため学問として発展しなかったが、効果が絶大であったため世界中に広まっていった。日本への伝来は文化9（1812）年にロシアから種痘技術を会得し、牛痘種痘法の書2冊を幕府に提供したのが最初とされている。

18世紀後半に英国のリース市から端を発した産業革命が世界に波及していった。石炭を原料とし機械動力と工場大量生産の革命であったが、大量の貧困の労働者と都市膨張を招き、結核や呼吸器感染症が流行した。1842年に英国の**チャドウィック**（E. Chadwick）が発表した「大英帝国における労働者階級の衛生状態の調査報告」が提出された。内容は、1760年頃から英国で産業革命が起こり、大多数の労働者は、劣悪職場・住宅環境、低賃金長時間労働を強いられ平均寿命は極端に短い、というものであった。国会に報告書が提出され、1848年に英国議会で**公衆衛生法**（Public Health Act）が成立した。これが公衆衛生の起源といえる。これを機に公衆衛生がさらに発展した。疫学の出現である。英国では公衆衛生法を受けて中央に保健総局、地方に地方保健局が置かれた。1854年にロンドンで**コレラ**の発生が起きたが、近くの開業医の**ジョン・スノー**（John Snow）が、コレラの原因はブロード街の水道給水にあると考え、コレラ発生地図を作成して、疾病が一定の水道水域に発生していることを発表した。ロンドン市の地方保健局は彼の意見を尊重し、その水域の水道使用禁止を命じ、直にコレラを抑えた。これが公衆衛生学の疫学研究の曙とされる。

同じくロンドン市の看護師で、公衆衛生員であった**フロレンス・ナイチンゲール**（Florence Nightingale）は、野戦病院での戦死は不潔な傷口と低栄養が寄与していると察していた。1853年、英仏連合軍とロシアにクリミア戦争が勃発し、英国は多大な戦死者に悩んでいた。1854年、ナイチンゲールは、クリミア戦争に女子衛生兵を引導、傷口の清潔化、美味しい食事、頻回なる見回りを行い、死亡を劇的に減少させた。社会的地位が低い看護職を医者に次ぐ職業として高めたのであった。戦後、ナイチンゲールは、クリミア戦争の結果を分析し、分かりやすく統計を駆使して図表を作成し、看護の重要性を説いた。近代看護学の始祖であり、疫学研究の実践発展者である。ここに公衆衛生学の中核とする疫学と保健統計が確立された。

その後、公衆衛生学は学問と認知され、1868年にドイツ公衆衛生学雑誌が創刊され、1873年にドイツ公衆衛生協会が創立された。1855年にベルリン大学に衛生学と社会衛生学講座がおかれたが、この社会衛生学が公衆衛生学とみてよい。

（2）日本における公衆衛生と予防医学の歴史

日本における公衆衛生の概念は、1868（明治元）年に政府が西洋医学採用を機に行

政の一貫としてスタートした。1872（明治5）年、文部省内に医務課が設置され、1874（明治7）年には医療制度や衛生行政に関する各種規定を定めた日本最初の近代的医事衛生法規である「医制」が發布された。

公衆衛生は官と一体化して富国強兵策が採られた。明治期における政府の焦眉の急は脚気対策であった。明治維新で国を開き、海外との交易が国民を養う手立てとして開始したが、欧米列強国による東南アジア、中国などの植民地化が進み、北からはロシアの南下政策で侵略の危険が迫っていた。明治政府としては海外からの侵略に対し海軍を創設、増強に努めたが海軍に脚気が蔓延し、心不全や歩行難となり死亡率が高く、海軍入隊希望者が少なかった。この問題を解決したのが海軍軍医総監の高木兼寛による海軍の白米中心食に起因している栄養説を唱えた学説であり、やがて実際に証明された。以後、海軍省では日本食をやめ、パン食とする洋食とした。その結果、脚気の発生数と死亡数は表1-1のとおり推移し、脚気論争に終止符を打った。

日清・日露戦争で勝利を得た日本は、朝鮮半島・満州・台湾を併合して海外経営が盛んとなった。昭和恐慌を経て日本国民の大陸移住が盛んとなり、大陸拡大を目指す陸軍と中国が衝突し、遂に1937（昭和12）年日中戦争が勃発した。ここで富国強兵策がとられ、兵隊の確保としての多産の勧めと子供の健康に力が入られ、そのための保健所設置と保健所法、体育授業とラジオ体操、(旧)国民健康法などが制度化された。

保健所の設置は母子保健と結核対策のためであった。脚気論争後における最大の問題は結核であり、当時は不治の病で死因の一位を占めていた。結核対策が国家対策として浮上してきたのは、日中戦争が勃発したことによる戦力強化のためである。青少年を襲う結核には早期発見が重要であるので、保健所は青少年の結核防止に照準を合わせた。やがて、日中戦争は太平洋戦争に拡大し、1945（昭和20）年に敗戦となった。

終戦の同年に日本国憲法は公布され、警察国家より福祉国家に変革した。やがて、1950（昭和25）年朝鮮戦争が起こり、日本は1951（昭和26）年に米国からの独立と朝鮮特需の恩恵を受け、経済復興そして高度経済成長へ繋げていった。戦後まもなくペニシリンが開発・販売され、結核・肺炎・食中毒は克服され死因上位から外れていった。それに代わり、主に食の豊富さと

表1-1 海軍における脚気の患者数と死亡数

年	脚気患者数	脚気死亡者数
1878（明治11）年	1,485	32
1879（ // 12）年	1,978	57
1880（ // 13）年	1,725	27
1881（ // 14）年	1,163	30
1882（ // 15）年	1,929	51
1883（ // 16）年	1,236	49
1884（ // 17）年	718	8
1885（ // 18）年	41	0
1886（ // 19）年	3	0
1887（ // 20）年	0	0
1888（ // 21）年	0	0

資料) 松田誠：脚気病原因の研究史—ビタミン欠乏症が発見、認定されるまで—、慈恵医大誌；121：141-157(2006)